

# ANAMNESIS E HISTORIA CLÍNICA.

## ¿QUE ES LA ANAMNESIS?



ES LA INDAGACIÓN POR MEDIO DE PREGUNTAS ACERCA DE LA CARACTERÍSTICAS DE LA ENFERMEDAD Y DE LOS ANTECEDENTES DEL PACIENTE, LA ANAMNESIS DEBE TENER UN ORDEN, EN ESPECIAL PARA EVITAR OLVIDOS U OMISIONES, PERO ES CONVENIENTE QUE SI EL PACIENTE RECUERDA ALGO FUERA DE ESTE ORDEN, SE LO ESCUCHE CON ATENCIÓN.

ES RECOMENDABLE QUE ESTE PRIMER CONTACTO SE REALICE EN UN AMBIENTE TRANQUILO, SIN RUIDOS NI POSIBILIDAD DE INTERRUPTIONES. ES LÓGICO TENER EN CUENTA, SOBRE TODO EN ENFERMOS AÑOSOS, QUE NO SIEMPRE SE PUEDEN RECORDAR TODOS LOS DETALLES DE UNA VIDA, POR LO CUAL ES DE BUENA PRÁCTICA REINTERROGAR CON ALGUNOS DÍAS DE DIFERENCIA, O RECURRIR A PARIENTES O PERSONAS CERCANAS AL PACIENTE PARA COMPLETAR LA INFORMACIÓN (INTERROGATORIO INDIRECTO).



## tipos de anamnesis

PARA LOS PACIENTES NUEVOS, EN LA MAYORÍA DE LOS CONTEXTOS SE HARÁ UNA ANAMNESIS COMPLETA.

PARA LOS PACIENTES QUE BUSCAN ATENCIÓN DE PREOCUPACIONES ESPECÍFICAS, POR EJEMPLO, TOS O DOLOR MICCIONAL, PUEDE ESTAR INDICADA UNA ENTREVISTA MÁS LIMITADA, AJUSTADA A ESE PROBLEMA ESPECÍFICO, LO QUE A VECES SE CONOCE COMO ANAMNESIS DIRIGIDA U ORIENTADA A PROBLEMAS.

UN ESPECIALISTA PUEDE NECESITAR UN INTERROGATORIO MÁS AMPLIO PARA VALORAR UN PROBLEMA CON NUMEROSAS CAUSAS POSIBLES.

### tipos de anamnesis

PARA LOS PACIENTES QUE BUSCAN ATENCIÓN POR PROBLEMAS EN PROCESO O CRÓNICOS, LO MÁS APROPIADO ES CENTRARSE EN EL AUTOTRATAMIENTO, LA RESPUESTA AL TRATAMIENTO, LA CAPACIDAD FUNCIONAL Y LA CALIDAD DE VIDA

## TÉCNICAS DE UNA ENTREVISTA COMPETENTE

ESCUCHA ACTIVA

RESPUESTAS EMPÁTICAS

PREGUNTAS DIRIGIDAS

COMUNICACIÓN NO VERBAL

VALIDACIÓN

TRANQUILIZACIÓN

COLABORACIÓN

RECAPITULACIÓN

TRANSICIONES

EMPODERAMIENTO DEL PACIENTE



## TÉCNICAS PARA LAS PREGUNTAS DIRIGIDAS

CAMBIAR DE PREGUNTAS ABIERTAS A DIRIGIDAS

EMPLEAR PREGUNTAS QUE DAN LUGAR A UNA RESPUESTA GRADUAL

REALIZAR UNA SERIE DE PREGUNTAS, UNA A LA VEZ

OFRECER RESPUESTAS DE OPCIÓN MÚLTIPLE

ACLARAR LO QUE EL PACIENTE QUIERE DECIR

ALENTAR PARA QUE CONTINUÉN

EMPLEAR LA REPETICIÓN



FIGURA 3-4. Utiliza preguntas dirigidas.



## EMPODERAMIENTO DEL PACIENTE: TÉCNICAS PARA COMPARTIR EL PODER

Evoca la perspectiva del paciente.

Conduce tu interés hacia la persona, no sólo al problema.

Sigue los propósitos del paciente.

Recaba y valida el contenido emocional.

Comparte información con el paciente, en especial en los puntos de transición durante la consulta.

Haz que tu razonamiento clínico sea transparente para el paciente.

Revela los límites de tu conocimiento.



**FIGURA 3-5.** Comparte el poder con los pacientes.

## SECUENCIA Y CONTEXTO DE LA ENTREVISTA

La entrevista de los pacientes requiere planeación. Conforme la inicias, considera varios pasos que son cruciales para el éxito.

En general, una entrevista pasa por varias etapas.

A través de esta secuencia, como médico clínico debes mantenerte en sintonía con los sentimientos del paciente, ayudarlo a expresarlos, responder a su contenido y validar su significado.



## SIETE ATRIBUTOS DE UN SÍNTOMA

1. Localización. ¿Dónde se ubica?, ¿se irradia?
2. Calidad. ¿Cómo es?
3. Cantidad o intensidad. ¿Qué tan fuerte (intenso) es? (para el dolor, pregunta mediante el empleo de una escala del 1 al 10).
4. Temporalidad. ¿Cuándo se inició?, ¿qué tanto dura?, ¿qué tan a menudo se presenta?
5. Inicio (contexto en el que ocurren los síntomas). Incluye factores ambientales, actividades personales, reacciones emocionales y otras circunstancias que pueden haber contribuido a la enfermedad.
6. Factores de remisión o exacerbación. ¿Existe algún factor que mejore o empeore el síntoma?
7. Manifestaciones relacionadas. ¿Ha notado alguna otra cosa que lo acompañe?



OLD CARTS: Inicio (Onset), Localización, Duración, Características, factores de Agravamiento/alivio, Radiación y Temporalidad.

OPQRST, que corresponden a inicio (Onset), factores de Paliación/Provocación, calidad (Quality), Radiación, Sitio y Temporalidad.



# HISTORIA CLINICA

1)

¡Resumen!

## Datos personales

Bajo este acápite se colocan los datos que identifican al enfermo desde un punto de vista civil, como: nombre, edad, estado civil, nacionalidad, ocupación, domicilio y persona responsable, en caso necesario.

2)

## Motivo de consulta o internación

El motivo de consulta o internación es la portada médica de la historia clínica y debe tener como finalidad dar, en pocas palabras, una orientación hacia el aparato o sistema afectado y la evolución del padecimiento en tal sentido no se deben consignar diagnósticos sino los síntomas o signos y su cronología.

## Enfermedad actual y sus antecedentes

Así como en el motivo de consulta o internación debe ser sucinto y no aportar pormenores, en la enfermedad actual se recomienda la redacción precisa y en orden cronológico de todo el padecimiento del paciente, comenzando con las primeras manifestaciones de la enfermedad.



Para ordenar esta parte vital de la HC, las preguntas que se formulan de manera habitual son:

- ¿Cuándo empezó a sentirse enfermo?
- ¿Cómo comenzó la enfermedad?
- ¿Con qué síntomas se presentó?
- ¿Cómo evolucionaron estos síntomas?
- ¿Es la primera vez que se presentan?
- ¿Tuvo algo parecido antes?
- ¿A qué atribuye su enfermedad?
- ¿Qué precedió al estado de enfermedad?
- ¿Realizó alguna consulta médica?
- ¿Qué exámenes complementarios se le efectuaron?
- ¿Qué diagnósticos se le realizaron?
- ¿Qué tratamiento recibió?
- ¿Qué repercusión general ha provocado la enfermedad?

4

## Antecedentes personales

Se indagará sobre los aspectos relacionados con su nacimiento (parto normal o patológico, peso al nacer), crecimiento y maduración (tipo de lactancia, lenguaje, marcha y dentición).





1)

¡Resumen!

### Patológicos

Se debe tener presente, cuando se investigan estos antecedentes, que el hombre tiende a olvidar los hechos desagradables de su pasado, de ahí la frase: "todo tiempo pasado fue mejor, en general, porque no se recuerda lo malo. Las enfermedades forman parte de los hechos negativos y hay una tendencia natural a no recordarlas esto significa que la anamnesis debe ser cuidadosa y repetida.



2)

### Enfermedades de la infancia

Son las más difíciles de recordar y puede ser muy útil la presencia de algún familiar mayor del paciente para obviar los olvidos. Su antecedente es importante por las secuelas posibles; así, el sarampión puede determinar la aparición de bronquiectasias; la parotiditis, en su localización pancreática, diabetes insulino dependiente, y en su localización genital, problemas en la fertilidad.



3)

### Enfermedades médicas

A veces, no resulta fácil recordarlas. Conviene preguntar, en primer lugar, por las consultas médicas realizadas a lo largo de la vida, cuáles fueron los diagnósticos efectuados y cuáles las medidas terapéuticas instituidas.



4)

Respiratorio: tos, expectoración, hemoptisis, asma, neumonía, pleuresia, bronquitis, tuberculosis. Cardiovascular: hipertensión arterial, dolor precordial, infarto de miocardio, palpitaciones, disnea, edema, arritmias, soplos, claudicación intermitente, enfermedad de Chagas, fiebre reumática.

Gastrointestinal: náuseas, vómitos, dolor epigástrico, diarrea, constipación, anorexia, ictericia, cólico vesicular, enterorragia, melena, úlcera gastroduodenal, hepatitis.

5)

¡Ya casi!

Nefrourológico: cólico renal, disuria, hematuria, dolor lumbar, infección urinaria, enfermedades venéreas.

Endocrino-metabólico: diabetes, obesidad, hiperuricemia, gota, afecciones tiroideas, hormonoterapia



6)

Inmunohematológico: anemia, problemas de la coagulación, mononucleosis, SIDA.

Nervioso: cefalea, vértigo, mareo, convulsiones, alteraciones motoras, depresión, meningitis. Ginecológico: alteraciones del ciclo, amenorrea, menopausia (edad y síntomas), ginecorragia, partos, abortos, anticonceptivos.





## Antecedentes alérgicos

Se interrogará sobre alergias o intolerancias a fármacos estos antecedentes son especialmente importantes y, en caso de ser positivos, deben resaltarse en la carátula de la historia clínica.

## Antecedentes quirúrgicos y traumáticos

Lo más útil es preguntar al enfermo si alguna vez ha sido operado. En caso afirmativo, se consignarán las fechas, la institución donde ocurrió la intervención y el cirujano tratante. De esta manera, se podrá tener acceso a datos de interés que el enfermo puede ignorar o no recordar. Se interrogará además sobre traumatismos, fracturas y pérdidas de conciencia.

## De medio

Bajo este acápite se consignan los antecedentes vinculados con el medio ambiente, familiar, laboral, social y cultural. Estos antecedentes pueden orientar hacia la presencia de patologías geográficas y relacionadas con el trabajo; también informarán sobre el nivel educacional del enfermo, su entorno familiar y habitacional y sus medios de vida.



## Lugar de nacimiento y posteriores lugares de residencia:

pueden orientar sobre patologías vinculadas con el ámbito geográfico o étnico. Por ejemplo: bocio, en las zonas alejadas del mar; parasitosis, en regiones con infraestructura pobre y sin servicios sanitarios, etcétera.



## Casahabitación:

permite conocer el tipo de hábitat del enfermo, los servicios sanitarios y la calidad del agua que bebe, que pueden estar relacionados con la presencia de enfermedades o interferir con las medidas terapéuticas indicadas.





Lugar de nacimiento y posteriores lugares de residencia, Casa habitación, Escolaridad, Ocupación.

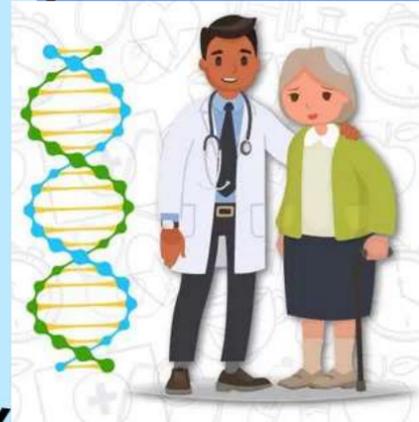
## Habitos

Las costumbres de un individuo pueden proporcionar información valiosa acerca de su personalidad y de las responsabilidades al enfermar como consecuencia de ellas. Se pueden investigar con un orden preestablecido para evitar pasar por alto datos de valor.



## Antecedentes hereditarios y familiares

En muchas oportunidades el paciente tiene dificultad para recordarlos, o bien los ignora. En la Argentina, de población inmigrante, es muy raro poder recabar datos completos de los antecesores de los pacientes se intentará averiguar sobre las enfermedades que pueden presentar una transmisión genética, en particular las metabólicas, las neoplásicas y las cardiovasculares.



## Examen físico



La medicina es una ciencia y un arte y, por ende, requiere una técnica para cumplir sus propósitos. Durante la anamnesis, la técnica está representada por el orden y la profundidad de las preguntas y la actitud general del médico; en el examen físico se deben desarrollar aún más la observación y la experimentación, las dos características básicas de las ciencias biológicas, y esto se consigue mediante el orden del examen y el empleo adecuado de las maniobras exploratorias (semiotecnica) específicas.

## Impresión general

Nivel de conciencia, Orientación temporoespacial, Actitud o postura, Decubito, Habito constitucional, Facies, Estado de nutrición.



## Sistema tegumentario les (piel y faneras)

Se observará toda la superficie de la piel para percibir cambios de color, tumoraciones, cicatrices u otros elementos dermatológicos. Se observará asimismo el trofismo; en los ancianos, es habitual la presencia de piel atrófica.



## Sistema celular subcutáneo

Está constituido por el tejido adiposo que se encuentra en todo el espacio subdérmico. Su signo patológico más conspicuo es el edema, que aparece en los miembros inferiores en los pacientes ambulatorios y debe buscarse en la región sacra en los enfermos que están en cama, ya que ocupa las zonas declives. Es característico de la insuficiencia cardíaca, la insuficiencia renal y la hepática. Otros hallazgos son los nódulos, los tofos gotosos, los lipomas y los quistes sebáceos.

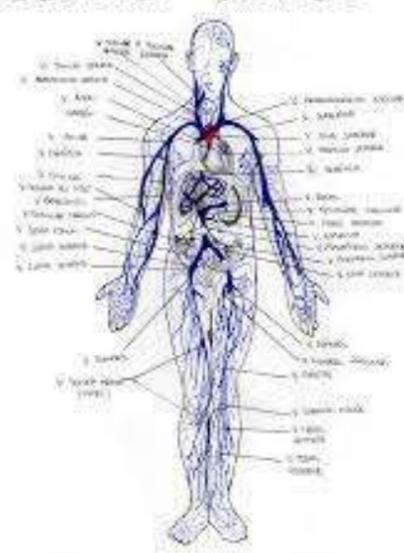


## Sistema linfático

Los grupos ganglionares más accesibles son los submaxilares los de la cadena carotidea en el cuello los de a nuca los supraclaviculares, los axilares, los epitrocleares y los inguinales. La patología que pueden presentar es tumoral o inflamatoria/infecciosa.



## SISTEMA VENOSO



## Sistema venoso superficial

Se inspeccionará el trayecto de las venas superficiales y se prestará especial atención a la búsqueda de dilataciones (várices), trombosis y signos de inflamación (flebitis), así como también a la presencia de trayectos venosos anómalos (circulación colateral).

## Sistema osteoarticulomuscular

En los huesos se deben observar modificaciones de la forma y asimetrías, así como la sensibilidad a la presión. En las articulaciones deberá evaluarse su movilidad activa y pasiva y la presencia de dolor y deformaciones. Los músculos pueden ser tomados en conjunto y se estudian el tono, la fuerza, el trémulo y los movimientos activos y pasivos.





## Cabeza

Se observarán los diámetros longitudinales y transversales; la dolicocefalia es el predominio del longitudinal y la braquicefalia, del transversal, Se estudian los pabellones auriculares y los ojos y sus anexos, las fosas nasales, los labios y la cavidad bucal, el grado de higiene y conservación de las piezas dentarias, la lengua, la mucosa yugal, las amígdalas y las fauces. Se pueden estudiar los pares craneanos en este momento o durante el examen del sistema nervioso.

## Cuello

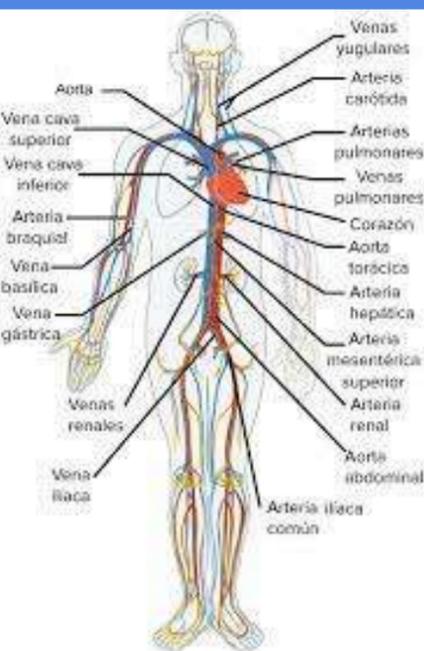
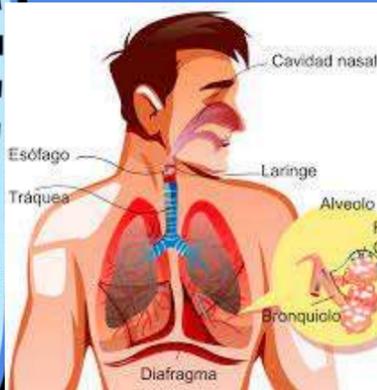
Se observará su simetría (son causas frecuentes de asimetría las adenopatías y los bocios nodulares) y la presencia de edema, tumoraciones, latidos, ingurgitación yugular y fistulas. La palpación general del cuello permite comprobar la presencia de crepitaciones (enfisema subcutáneo), adenopatías, bocio, latidos, frémitos y craqueo laríngeo. Para evaluar la movilidad cervical se realizan maniobras de motilidad activa y pasiva: flexión, extensión, lateralización y rotación.



## Aparato respiratorio

Tipo respiratorio: puede ser de dos tipos: masculino o costoabdominal y femenino, o costal superior. Puede ser modificado por patologías torácicas o abdominales.

Frecuencia respiratoria: es de aproximadamente 18 respiraciones por minuto (12 a 24); taquipnea es el aumento de la frecuencia respiratoria y bradipnea su disminución.



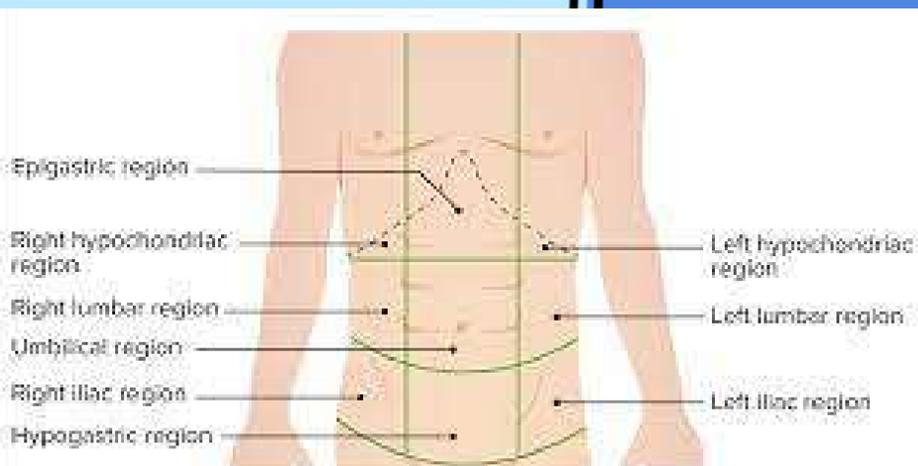
## Aparato circulatorio

En la inspección se observarán latidos localizados y generalizados. El choque de la punta es habitualmente palpatorio y debe estar situado en el 5. espacio intercostal por dentro de la línea hemiclavicular. En la palpación se realizará la maniobra de Dressler y se buscarán frémitos o frotos. La percusión del corazón carece de aplicación práctica, y en la auscultación se escucharán los ruidos normales y patológicos, los silencios y los soplos.

El examen de los pulsos periféricos (carotideo, radial, femoral, popliteo, tibial posterior y pedio) se puede realizar en este momento, así como la determinación de la tensión arterial.

## Abdomen

En el examen del abdomen se investigarán el aparato digestivo y el genitourinario. En la inspección se observarán la forma y simetría y la presencia de cicatrices, circulación colateral y latidos.

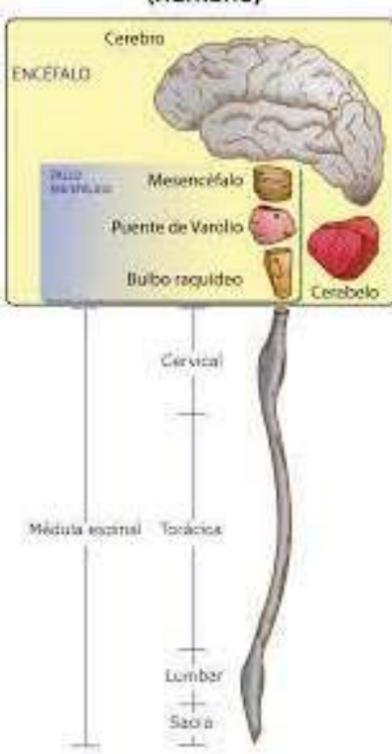




## Aparato genital

Comienza con la inspección de los genitales externos. En el hombre se palpan los testículos y los epididimos. La próstata se puede palpar mediante el tacto rectal. En la mujer, el tacto vaginal es el que permite la investigación del útero y los anexos.

## SISTEMA NERVIOSO CENTRAL (humano)



## Sistema nervioso

Se deben investigar las funciones cerebrales superiores, la motilidad activa (fuerza muscular y reflejos) y pasiva (tono y trefismo) y la marcha, la sensibilidad superficial y profunda, y la coordinación estática y dinámica. Los pares craneanos deben ser evaluados en forma independiente.

## RESUMEN SEMIOLÓGICO

Está constituido por los datos positivos de la anamnesis y del examen físico. Cumple una doble finalidad: por un lado es una historia clínica abreviada de fácil y rápida.



## CONSIDERACIONES DIAGNÓSTICAS

En este apartado se fundamentan los síndromes clínicos que surgen de los signos y síntomas recogidos a través de la anamnesis y del examen físico. Sobre la base de estos síndromes se hacen disquisiciones sobre diagnósticos diferenciales y se arriba a uno o más diagnósticos presuntivos (anatómico, funcional o etiológico).



Las consideraciones clínicas, que muchas veces no se completan, deben ser consideradas como la parte más importante de la historia clínica; en ellas se resumen toda la habilidad y el conocimiento del médico para la realización de una anamnesis y un examen físico adecuados ("los malos diagnósticos suelen ser buenos razonamientos sobre hechos mal observados"). Por ser la base para la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas, constituyen el medio idóneo para optimizar las ecuaciones costo-beneficio y riesgo beneficio.

La historia clínica no debe ser un simple registro estático, sino transformarse en un instrumento dinámico, estructurado y creativo orientado a los problemas del enfermo. Tiene que ser concisa, convincente y completa, no difusa, superficial y fragmentaria; debe servir al médico experimentado pero también ser inteligible para el estudiante; debe permitir la libertad de expresión a los médicos más perceptivos, y a la vez cumplir una forma y un orden para evitar una personalización del registro a un punto tal que la subjetividad impida la comunicación. La historia clínica debe servir al paciente tanto como al médico; en consecuencia, tiene que ser igualmente inteligible para todos los médicos. Debe expresar completa y honestamente las muchas variables y complejidades que rodean toda decisión y representar fielmente los hechos, de modo que los errores puedan ser detectados y puedan tomarse las medidas correctivas apropiadas. La historia clínica debe ser la extensión natural del adiestramiento en ciencias básicas del médico; en resumen, debe constituir un manuscrito científico.

MD, L. B. S. (2021). BATES. GUÍA DE EXPLORACIÓN FÍSICA E HISTORIA CLÍNICA (13TH ED.). LWW.

ARGENTE, H., & ÁLVAREZ, M. E. (2021). SEMIOLOGÍA MÉDICA: FISIOPATOLOGÍA, SEMIOTECNIA Y PROPEDÉUTICA. ENSEÑANZA-APRENDIZAJE CENTRADA EN LA PERSONA. EDITORIAL MÉDICA PANAMERICANA, S.A. DE C.V.